

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juillet 1893, à 9 heures

PAR

DEMETRIUS CAJEPIS

NÉ LE 6 AOÛT 1866, A PERISTASIS (TURQUIE D'EUROPE).

ÉTUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE

DES

DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT

DE

L'HYDROCÈLE VAGINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { DÉJERINE.
TUFFIER.
SÉBILLEAU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juillet 1893, à 9 heures

PAR

DEMETRIUS CAJEPIS

NÉ LE 6 AOUT 1866, A PERISTASIS (TURQUIE D'EUROPE).

ÉTUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE

DES

DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT

DE

L'HYDROCÈLE VAGINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { DÉJERINE.
TUFFIER.
SÉBILLEAU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie		POUCHET
Thérapeutique et matière médicale		HAYEM.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.		STRAUS.
	{	G. SEE.
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		N....
		GRANCHER.
Maladies des enfants		N....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux		LE FORT.
	{	DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchement.	{	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

CH. TILLAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Il est peu d'affections chirurgicales dont le traitement ait été aussi varié et aussi discuté que celui de l'hydrocèle vaginale. Sur les méthodes anciennes, en tête desquelles il faut placer la ponction, simple ou suivie d'injections modificatrices, sont venues se greffer les méthodes que l'on désigne aujourd'hui du nom, assez impropre, de cure radicale. Ces méthodes nouvelles, disons plutôt rajeunies — car elles sont connues déjà de longue date, et n'ont subi que des modifications variables suivant leurs auteurs — tiennent à prendre peu à peu une place prépondérante.

On oppose sans cesse la méthode dite de la ponction à la méthode sanglante, et les partisans de la première ne sont pas moins acharnés dans la lutte que ceux de la seconde. Faut-il, abandonnant la vieille méthode de Velpeau, s'en tenir exclusivement à ce que l'on a appelé la cure radicale de l'hydrocèle ? — ces deux procédés ont-ils leurs indications précises ? — ou l'avantage reste-t-il à l'un d'eux ? c'est ce que nous avons l'intention d'examiner.

Nous étudierons donc successivement .

- 1° La ponction suivie de cautérisation ;
- 2° La ponction suivie d'injection ;
- 3° L'incision antiseptique avec ou sans excision.

Tous ces traitements, quels qu'ils soient, ont pour but d'oblitérer la séreuse par suite de l'inflammation qu'on y provoque, soit d'en modifier la vitalité et la sécrétion, avec conservation de sa cavité. L'oblitération de la vaginale paraît être le propre de la méthode de l'incision, ou du moins c'est le résultat voulu ; la conservation de la cavité s'obtiendrait au contraire dans le traitement par la méthode de Velpeau. Cependant, Hutin (1) établit, d'après quelques autopsies d'anciens opérés, qu'on rencontre environ une fois sur deux l'oblitération complète de la vaginale, après le traitement par l'injection iodée. Pott soutenait d'ailleurs, et après lui Nélaton, que la disparition de la cavité n'était pas une condition *sine quâ non* de la guérison. M. Lannelongue se rattache à l'opinion contraire.

Quoiqu'il en soit, avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, il nous semble bon de passer successivement en revue, d'une façon assez rapide, les différentes méthodes en usage autrefois, abandonnées aujourd'hui.

Mais avant de terminer nos études médicales, il nous est agréable de jeter un regard en arrière et de remercier les maîtres qui guidèrent nos premiers pas. MM. Ollier et Lépine, qui nous initièrent à Lyon l'un

(1) Hutin. Bull. thér. 1852.

à la chirurgie, l'autre à la médecine, doivent recevoir ici tous nos remerciements. A Paris, nous avons été successivement l'élève de M. le Dr Hanot, de M. Schwartz, de M. Quénu, de M. Dujardin-Beaumetz, de M. le professeur Pinard ; nous tenons à leur exprimer publiquement l'hommage de notre reconnaissance.

En terminant, qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à M. le professeur Tillaux pour l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Les procédés anciens

Le traitement de l'hydrocèle remonte assez haut dans l'histoire de la médecine, et les divers procédés employés sont si nombreux, que pour beaucoup d'entre eux, le nom de leurs auteurs n'est pas parvenu à la postérité.

Nous ne parlerons que pour mémoire des *applications irritantes sur les bourses* : la teinture d'iode, l'ammoniaque, l'alcool, surtout les vésicatoires, le courant électrique à la surface du scrotum, l'infusion de digitale, la pommade au cyanure de mercure (Koch), les lotions de teinture d'iode (Ricord). Ce sont des moyens médicaux purement palliatifs ; bon nombre de leurs auteurs accusent des succès plus ou moins éclatants. Nous n'en rechercherons pas la légitimité.

Citons de même le *traumatisme* des bourses, qui aurait pu, à lui seul, faire disparaître l'hydrocèle. Bertrandi, Sabatier, Roux, Velpeau, Vidal (de Cassis) en citent un certain nombre de cas.

La *compression méthodique* paraît devoir être également rayée du cadre thérapeutique, qu'on la pratique avec le collodion élastique de Velpeau, les bandelettes de Vigo, l'ouate ou le silicate de potasse. Nous avons toutefois plus de confiance en la compression après ponction évacuatrice, telle qu'on la pratique encore dans quelques services hospitaliers.

L'électropuncture apparaît dès 1859 avec Schuser ; elle est adoptée par Rodolpho Rodolphi, Burdel, Pétrequin. Elle est d'ailleurs douloureuse et d'une efficacité douteuse.

Le séton fut employé par Galien, l'école Arabe, Guy de Chauliac ; ce dernier se servait également du drainage, repris plus tard par Chassaignac. Ces deux procédés entretenaient autrefois des suppurations interminables ; ils ont reparu il y a peu de temps avec l'antisepsie ; nous croyons cependant qu'ils doivent être abandonnés, car ils donnent lieu à des adhérences trop limitées de la séreuse, dont le reste de la cavité se remplit de liquide à brève échéance.

Baudens (1850) se servait de la canule à demeure.

Des corps étrangers de toute sorte ont été introduits dans la vaginale, afin d'y provoquer une inflammation adhésive de ses deux feuillets ; G. de Salicet voulait même que l'on glissât une *tente* dans l'ouverture ; F. de Hilden y plaçait une mèche ; Larrey un bout de *sonde* élastique.

La *ponction simple*, pratiquée soit avec un trocart, soit avec l'appareil aspirateur, semble avoir à son actif un certain nombre de succès. Cependant, que d'inconvénients après ces ponctions successives, puisque Vigo recommandait de vider la vaginale deux fois par an et que « le prélat de van Swieten dut y recourir tous les trois mois et pendant 20 ans. C'est dire que nous ne croyons guère à l'histoire d'un malade, guéri définitivement après une seule ponction, et qui put se marier trois jours après (1) ». — Nous pensons donc qu'on ne doit pas encourager ce procédé, qui, sous le couvert de

(1) Forgue et Reclus, T. II.

la simplicité, donne lieu plus que tout autre à des vaginales épaissies et indurées.

L'acupuncture, proposée par Cuning (de Glasgow) en 1823 fut pratiquée par Curling, Thompson, Burggraefe. Curling ponctionnait avec une aiguille à cataracte, qu'il tournait entre ses doigts, pour agrandir l'ouverture de la séreuse. Elle consiste à percer avec une aiguille ordinaire le scrotum et la vaginale, tenus de la main gauche. Il se forme ainsi une certaine quantité de petits pertuis, par où s'écoule la sérosité vaginale; les orifices cutanés se ferment bientôt, mais ceux de la vaginale, restant béants, continuent à livrer passage au liquide, qui se résorbe peu à peu dans les mailles du scrotum. Ce procédé, disons-le de suite, ne paraît pas avoir joui d'une extrême faveur.

La discision sous-cutanée fut imaginée par Gobert; un ténotome à lame étroite divise la vaginale de dedans en dehors; le liquide pénètre dans la tunique sous-jacente et s'y résorbe. Il est facile de comprendre que l'on peut ici plus qu'ailleurs, piquer le testicule, donner lieu à des hémorrhagies, sectionner même un canal déférent.

CHAPITRE II

Méthode de la ponction suivie de cautérisation.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire bien connu de la ponction ; qu'il suffise de dire qu'avant de la faire, on aura eu soin de bien nettoyer au savon la peau des bourses, puis avec une solution antiseptique, et de flamber l'aiguille de l'aspirateur ou le trocart.

Ceci fait, le malade étant couché sur le dos, on saisit le scrotum de la main gauche, tout-à-fait en haut, de façon à faire saillir la tumeur et à l'immobiliser ; on enfonce d'un coup sec le trocart enduit de vaseline bori-quée, en ayant soin de le faire pénétrer là où le testicule ne se montre pas par transparence, en général à la partie antéro-externe des bourses. La canule laisse écouler le liquide et l'on cautérise alors l'intérieur de la séreuse.

Cette méthode était déjà connue en principe par Paul d'Egine, qui se servait d'un caustique ou du fer rouge ; au XIV^e siècle, Guy de Chauliac l'emploie (1363). En 1850, Lloyd introduit, après ponction, un peu de poudre de nitrate de mercure dans la vaginale ; mais c'est Defer (de Metz) qui indiqua, en 1852, le procédé qui porte son nom encore aujourd'hui.

Nous ne pouvons mieux faire qu'indiquer ce procédé .

tel que le décrit M. Schwartz, dans « l'Encyclopédie internationale de Chirurgie » :

Méthode de Defer. — On fait couler dans la rainure d'une sonde cannelée mince ou d'un stylet cannelé, après s'être assuré que l'instrument pourra passer dans le canal du trocart évacuateur que l'on se propose d'employer, du nitrate d'argent fondu pur ou mélangé à moitié ou tiers de nitrate de potasse; nous l'avons toujours employé pur sans aucun inconvénient; la sonde ou le stylet préparé, on ponctionne l'hydrocèle, et on la vide le plus possible en exprimant bien le liquide contenu dans les replis de la tunique vaginale; ceci fait, on introduit la sonde ou le stylet par le trocart dans la cavité et on en badigeonne l'intérieur pendant quelques secondes au plus, en tâchant d'atteindre les parties les plus reculées et en évitant de contusionner le testicule; la manœuvre est ordinairement peu douloureuse; on retire l'instrument porte-caustique, puis seulement après la canule en mettant le doigt sur son orifice ou en fermant son robinet, si elle en possède un, de façon à ce qu'il ne s'écoule aucun liquide dans le scrotum au moment du retrait. Les bourses sont relevées et recouvertes de compresses d'eau blanche.

Une inflammation vive ne tarde pas à se manifester par du gonflement, de la tension, un peu de rougeur des bourses; la douleur provoquée par la cautérisation dure en général deux à trois heures, rarement plus, après la ponction, puis fait place à une sensation de pesanteur, de douleur contusive. C'est dans les lombes, le long du cordon, qu'elle est le plus violente d'abord, après elle siège plutôt dans les bourses mêmes. On constate la plupart du temps un épanchement notable dans la séreuse;

mais il disparaît en l'espace de quinze jours, trois semaines au plus, et tout rend dans l'ordre.

Telle est la méthode de Defer. Elle a pour elle une grande simplicité comme manuel opératoire, et sur le moment, elle n'est pas aussi douloureuse que l'injection iodée ; elle ne peut donner des ennuis que si, par mégarde, on retirait le trocart avant le stylet cannelé, car celui-ci, étant encore chargé de nitrate fondu, cautériserait les bords de l'orifice et pourrait ainsi amener de la suppuration.

C'est cette méthode que préconisaient Denonvilliers et Maisonneuve, qui lui doivent un certain nombre de succès ; la thèse du docteur Masseloux en relate 50 observations suivies de guérison ; M. Terrillon et M. Gaujot l'emploient encore aujourd'hui ; quant à M. Schwartz, il dit d'elle : « Dans tous les faits que nous avons eu l'occasion d'observer, la guérison a été définitive et plusieurs malades que nous suivons depuis quelques années ne présentent actuellement encore aucune trace de récurrence. »

D'après M. le professeur Duplay, cette méthode aurait de graves inconvénients : elle donnerait lieu à de vives douleurs, et ce qui est pis encore, à de la vaginalité suppurée. Enfin, elle serait, plus qu'on ne l'a dit, suivie de récurrence. La majorité des chirurgiens semble s'être rangée à cet avis, car le procédé est presque délaissé aujourd'hui.

CHAPITRE III

Méthode de la ponction suivie d'injection

Nous ne reviendrons pas sur le manuel de la ponction que nous avons brièvement décrit dans le chapitre précédent; celle-ci faite, on injecte dans l'intérieur de la vaginale, des liquides caustiques ou irritants destinés à en modifier la vitalité, avec conservation de sa cavité. Celle-ci est-elle toujours conservée? Nous répétons que nous ne le pensons pas, quoi qu'aient dit les partisans de la méthode; sans attacher néanmoins à ce point une importance capitale, nous croyons au contraire que l'oblitération est une garantie sérieuse pour la cure définitive de l'hydrocèle.

Les liquides injectés sont des plus nombreux; Celse employait une solution de nitrate de potasse; nous voyons ce procédé remis en honneur en 1677, par Lambert (de Marseille) qui se sert quelquefois aussi d'eau phagédénique.

Signalons encore le vin chaud, que Gosselin injectait dans les hydrocèles récidivées, l'eau salée, l'ammoniaque, le perchlorure de fer (1), le chloroforme (2), le sulfate de cuivre (3), l'acide chromique (4), le chloral (5), le sublimé (6).

(1) Houzé de l'Aulnoit. Bull. Acad. méd., t. IX.

(2) Langenbeck. Bol. del instit. méd. Valenc., 1859.

(3) Pereira de Fonseca. Bull. de therap., t. LX, 1861.

(4) Melillo. Il morgagni, décembre 1882.

(5) M. Sée. Semaine médicale, 1886.

(6) Richet et J. Miller. In thèse de Sarrazin, 1883 et Lancet, 1886.

Seule l'injection iodée paraît avoir gagné la faveur des chirurgiens, puisqu'aujourd'hui encore, elle est en usage dans la plupart des services hospitaliers.

C'est à Martin (de Calcutta), qu'on doit faire remonter l'origine de ce procédé; mais c'est en réalité Velpeau qui le fit connaître et l'introduisit dans la pratique courante. L'évacuation faite avec un trocart à robinet, si possible, on injecte dans la vaginale une solution d'iode, plus ou moins étendue d'eau. Velpeau se servait d'une solution iodo-iodurée (moitié de teinture d'iode et moitié d'eau iodurée); on peut d'ailleurs varier, si l'on veut, le mélange, injecter également de la teinture d'iode pure, ainsi que le font, avec M. le professeur Duplay, un certain nombre de chirurgiens. La quantité à injecter doit varier suivant la capacité de l'hydrocèle; en général de 30 à 40 gr. suffisent largement. Le liquide introduit, on retire la seringue, on ferme le robinet du trocart, et on attend de 3 à 5 minutes, pendant lesquelles on malaxe doucement les bourses, de façon à faire pénétrer le liquide dans toutes les anfractuosités. Ce temps écoulé, on laisse sortir la teinture d'iode, et on applique sur la petite plaie cutanée un peu de coton hydrophile, imbibé de collodion iodoformé ou non. Les bourses sont alors relevées, recouvertes de ouate, et le malade laissé au repos au lit. Au bout d'une quinzaine de jours, tout est terminé dans les cas simples. Néanmoins, la résolution met quelquefois longtemps à se produire, un mois, six semaines, deux mois; il ne faut, en tous cas, refaire une nouvelle ponction, si le liquide s'est reformé, qu'au bout de quatre à cinq mois.

Monsieur le professeur Guyon s'est servi le premier, pour empêcher la pénétration dans les bourses du liquide injecté, d'un petit entonnoir qu'on adapte au trocart.

Quant à la douleur, qui est très vive dans ce mode de traitement de l'hydrocèle, elle est considérablement diminuée, sinon supprimée, par l'usage de la cocaïne. C'est M. le docteur Périer qui eut le premier l'idée de faire précéder l'injection de teinture d'iode d'une injection de chlorhydrate de cocaïne.

La thèse d'un de ses élèves (1) en mentionne 21 observations ; M. Périer se sert d'une solution de cocaïne fraîchement préparée, contenant 1 gr. de principe actif pour 100 gr. d'eau distillée. Après avoir ponctionné le liquide, il fait pénétrer dans la vaginale 50 à 60 gr. de cette solution, qu'il laisse écouler au bout de cinq minutes ; puis il pousse alors l'injection de teinture d'iode. Il s'est servi quelquefois d'une solution au 1/30 et au 1/20. La solution au 1/50 nous semble, dans les cas que nous avons vus, avoir été largement suffisante à produire l'analgésie.

On peut d'ailleurs laisser un temps variable la cocaïne en contact avec la vaginale ; voici, d'après M. Baudoin (2), la manière d'agir de M. Nicaise : « il mélange la cocaïne à la sérosité laissée dans la vaginale ; avec une solution à 1 pour 3.900 (c'est-à-dire au 4000^e) il a obtenu, en effet, une anesthésie durable. D'ordinaire, voici comment il procède. Après ponction avec le trocart ordinaire, il laisse sortir une partie du liquide, le tiers au plus ; puis, dans la sérosité qui est restée dans la poche, il injecte, par la canule du trocart, avec une seringue d'une contenance de 4 cc., 3 à 4 cc. d'une solution aqueuse de cocaïne à 2 0/0, soit 6 à 8 centigr. de cocaïne. Le scrotum est malaxé légèrement, et, après 4 à 5 minutes, tout le reste de la

(1) Baillet, Th. doct.

(2) M. Baudoin, Semaine médicale, 1892.

sérosité est évacuée. La teinture d'iode employée est la suivante :

Teinture d'iode	23 gr.
Iodure de potassium	1 gr. 50
Eau distillée	33 gr.

Si l'on estime à 200 gr. ou 300 gr., la sérosité laissée dans la vaginale, en y mélangeant 6 ou 8 centigr. de cocaïne, cela fait des solutions à 1 pour 3, 300 ou 1 pour 3,700. Ces solutions si étendues sont parfaitement suffisantes et sans danger, d'autant plus que la sérosité est absorbée moins rapidement que l'eau.

Le procédé de Monod père consiste à aspirer avec une seringue de Pravaz 1 gr. ou 2 du liquide de l'hydrocèle, puis à injecter par la canule 1 gr. ou 2 d'alcool. M. Schwartz (1) ne se déclare pas partisan de cette méthode, au moins chez les adultes : « Il nous a semblé, dit-il, dans les quelques cas où nous avons employé cette manière de faire, que si la résorption était rapide, la reproduction l'était encore davantage ; dans un fait en particulier, la résorption complète avait eu lieu en trois jours ; malheureusement, quinze jours après, l'hydrocèle était revenue à ses dimensions premières. »

Le procédé de Polaillon a été renouvelé de Dimmreicher (2). Il consiste à injecter dans la vaginale de 10 à 20 gouttes d'une solution de chlorure de zinc au dixième ; on laisse ce liquide en contact avec la vaginale un temps qui varie avec le volume de l'hydrocèle. La thèse d'un de ses élèves, le Dr Lerond (3), en relate 53 observations,

(1) Schwartz. — Encyclopédie internationale de Chirurgie.

(2) Dimmreicher. — Société médicale de Vienne, 1877.

(3) Lerond. — Th. doct., Paris, 1887.

avec 7 récives et 23 accidents légers. La guérison serait relativement prompte.

L'acide phénique, enfin, tend depuis quelques années à prendre la place de la teinture d'iode.

En 1879, Schœtzke (1) en publiait quatre observations ; il se servait d'une solution à 8 %. En 1886, Keyes (2) publie 50 cas, avec des résultats satisfaisants. Weir (3) abandonne l'opération de Volkmann pour l'injection phéniquée ; il en injecte de 1 à 3 gr. dans la poche ; William T. Bull (4), puis Sands (5) pratiquent également cette injection.

Quoi qu'il en soit, il est encore difficile de se prononcer sur la valeur de cette méthode, la dose d'acide phénique injecté n'ayant jamais été la même.

(1) Schœtzke, Berlin, Klin., Wochens., Sept. 1879.

(2) Keyes, Médic-Rec., New-York, série 1886.

(3) Weir, William Bull, Sands, Revue de Hayem, t. XXVIII.

CHAPITRE IV

Accidents et complications de la méthode de la ponction suivie d'injection.

Il n'est pas en chirurgie d'opération qui n'offre son cachet de gravité; le traitement de l'hydrocèle, qui, *a priori*, présente un degré d'innocuité si parfait, a été suivi, en maintes occasions, d'accidents sérieux; et s'il faut, en quelques cas, les mettre sur le compte, soit de la maladresse de l'opérateur, soit du défaut d'antisepsie, en d'autres — et ils sont nombreux — la première de ces causes au moins ne peut être invoquée, quand nous voyons les malades traités par des chirurgiens qui s'appellent Velpeau, Blandin, Broca!....

Aussi les partisans de la méthode sanglante ont-ils eu la partie belle, et les arguments ne leur ont-ils pas fait défaut. Ce qu'ils ont incriminé tout d'abord, ce sont les résultats immédiats de la ponction. On en connaît les suites; le scrotum, peu de temps après, devient rouge, douloureux; il se déclare une véritable vaginalite, accompagnée d'orchite; les bourses reprennent le volume qu'elles avaient avant l'opération, des douleurs se montrent au niveau du testicule, le long du cordon, s'irradiant vers les reins; moments assez durs à passer pour le malade, qui, généralement, n'en est quitte que vers le 12^e jour. C'est

à cette époque seulement que les bourses recouvrent leur volume normal, le 25^e jour même seulement, d'après Martin (de Calcutta).

On peut, il est vrai, employer l'anesthésie générale par le chloroforme, pour éviter à des malades pusillanimes la douleur de l'opération même; cependant M. Reclus ne relate-t-il pas trois cas de syncope survenue chez des malades de ce genre?

La cocaïne, anesthésique local, a, fort heureusement, remédié à ces inconvénients; les douleurs du malade ne sont plus guère qu'une légère cuisson, survenant une à deux heures après l'opération. Malheureusement, cet agent n'est pas lui-même à l'abri de tout reproche; un chirurgien consciencieux et habile, n'a-t-il pas déploré il y a quelque temps un accident mortel survenu à la suite d'une injection dans la vaginale? Le fait en lui-même a son importance, puisque pour une opération assez simple, en somme, on peut exposer l'opéré à... un accident des plus sérieux.

On a reproché également à la ponction d'agir un peu à l'aveugle; le trocart peut, en effet, *piquer, même traverser le testicule*; tel est le cas de Velpeau « où le trocart pénétra si profondément dans la glande, que l'injection seule put le détacher. » Boyer cite deux cas de ce genre, Dupuytren un; Chaumet, dans son mémoire, en cite un autre.

Scarpa, Boyer, Velpeau parlent également de la piqure par mégarde d'une artère ou d'une grosse veine et de la possibilité d'une *hématocèle traumatique*, accident qui, évidemment, est des plus rares.

Gerdy, d'après M. Reclus a vu se développer une *vaginalite suppurée* à la suite d'une ponction; Sharp

une orchite suivie d'un abcès du testicule; Blandin, une *phlébite du cordon*, qui détermina l'infection purulente et la mort; enfin, Pelletan cite un cas de tétanos.

Il est un accident plus sérieux, et qui offre évidemment une plus grande valeur aux yeux des partisans de la cure radicale. Lorsqu'après avoir ponctionné la vaginale, et évacué le liquide, on charge la seringue, pour pousser l'injection irritante, il arrive souvent que la canule se dérange, et que l'injection pénètre non plus dans la vaginale, mais dans les enveloppes mêmes du scrotum, où elle provoque rapidement un phlegmon. Les exemples n'en sont malheureusement pas très rares. Astley Cooper, Giraldès, Velpeau, Boyer, Broca, ont vu des inflammations de ce genre amener un sphacèle rapide du scrotum, remonter même au niveau de l'abdomen, et déterminer une issue fatale. Le seul moyen d'éviter à coup sûr un accident aussi grave, est de se servir de l'entonnoir mis en usage par M. le professeur Guyon; que la canule glisse par mégarde, le liquide s'infiltrera toujours dans les mailles du tissu cellulaire scrotal, mais sa pression ne sera pas suffisante, pour qu'il ait la force de se diffuser au loin.

Tels sont la plupart des accidents qu'on peut observer à la suite de la ponction et de l'injection. Nous n'avons pas l'intention, en en parlant, de vouloir faire un procès de la méthode; la plupart sont, nous le répétons, des fautes d'attention, et il suffira souvent de les connaître pour se mettre en garde contre eux.

La ponction ne nous semble pas devoir être abandonnée, ou destinée à disparaître de si tôt; loin de là, bien des chirurgiens se cantonnent toujours à ce procédé, et à juste titre, car il compte, malgré tout, de nombreux succès; autre raison capitale, il est à la portée de tous

par sa simplicité, Il nous paraît être la méthode de choix, dans tous les cas où un malade viendra, pour *la première ou la seconde fois*, consulter pour une hydrocèle vaginale *reconnue simple*. Agir d'emblée, d'autre façon, serait méconnaître, à notre avis, les devoirs du chirurgien.

Cependant, et c'est encore là un argument de poids, les récurrences ne sont pas rares ; nous en avons vu, dans le cours de nos études, des exemples nombreux, et nous sommes persuadés que s'il était possible de retrouver les anciens opérés, les cas de récurrence se multiplieraient à l'infini. C'est ce que nous avons essayé de faire au début de ce travail, nous eussions ardemment désiré dresser une statistique personnelle, qui nous permit d'établir deux tableaux comparatifs, l'un se rapportant à la méthode de la ponction, l'autre à la méthode dite cure radicale ; une impossibilité matérielle nous a seule arrêté ; nous voulons parler de l'extrême difficulté que nous avons eue à retrouver les anciens opérés. Besoin nous est donc de nous en tenir à la statistique déjà connue des auteurs.

Dans une thèse de Nancy parue en 1886, M. Wendling accuse une proportion de récurrence de 10 sur 30 ; cela nous semble un peu exagéré ; empressons-nous de dire qu'il s'agissait d'une centaine d'opérés et que 30 seulement ont été revus ; la proportion n'est donc pas très exacte. Nous pencherons plutôt pour la statistique de Gosselin, partisan convaincu et ardent de l'injection iodée. Or, sur 141 malades traités par l'injection iodée, 16 ont vu disparaître l'épanchement ; c'est donc au plus une proportion de 11 % qu'il faut accuser.

A côté, nous voyons des statistiques plus élevées :

25 % pour M. Augagneur (de Lyon) (1), 12 % pour M. Tedenat (de Montpellier) (2) ; d'autres enfin sont plus faibles ; sur 54 cas de Velpeau et de Desprès, il y aurait eu 3 récurrences ; dans 265 cas de Stoltz, 6 récurrences seulement (2 %) ; la proportion est de 8.5 % pour William T. Bull (3).

Enfin, M. Duplay affirme, après avoir essayé la plupart des méthodes connues, n'avoir jamais vu l'épanchement se reproduire après l'injection iodée.

Si, de l'ensemble de ces statistiques, nous voulons tirer une conclusion, il nous suffira de prendre un moyen terme ; nous verrons que la proportion des récurrences dans le traitement dit palliatif de l'hydrocèle est de 10 % environ. Nous examinerons tout à l'heure ce qu'il en est dans le traitement par la cure radicale.

(1) Augagneur (Lyon médical, 1885).

(2) Tedenat (Congrès franç. de chir., 1887).

(3) William T. Bull (New-York surg. soc., février 1886).

CHAPITRE V

Méthode de l'incision antiseptique

Celse pratiquait déjà l'incision de la tunique vaginale dans certains cas d'hydrocèle. Paul d'Egine, continuateur de la méthode, ne contribua pas peu à la discréditer par la série de cas malheureux qu'il obtint. Nous la voyons signalée dans Guy de Chauliac, Pott, Jobert de Lamballe, Boyer, Scarpa, Lisfrane l'employèrent quelquefois avec succès. Cependant, elle ne jouissait pas d'une grande faveur auprès de Gerdy, qui déclare la cure radicale de l'hydrocèle « une opération à peine excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares des temps passés. » Quant à Gosselin, son opinion et des plus nettes ; voici ce qu'il en dit : « L'incision a le grand inconvénient de laisser la fausse membrane en place. Je veux bien ou qu'elle puisse être éliminée spontanément, ou qu'elle puisse à la rigueur devenir granuleuse, et se cicatriser. Mais d'une part son inflammation suppurative revêt souvent, sans que nous puissions l'expliquer, ce caractère grave qui le fait ressembler à l'ostéomyélite. Elle expose à la septicémie primitive et à l'infection purulente ; j'ai été témoin de faits de ce genre, que j'ai publiés dans mon mémoire, et bien qu'on produise de temps en temps des faits dans lesquels ces accidents graves n'ont pas eu lieu, et la guérison a été obtenue, je n'en reste pas moins sous l'impression des cas désastreux que j'ai

observés moi-même, ou qui ont été observés par d'autres. Ces faits se sont assez répétés à une certaine époque, pour que des chirurgiens très compétents, Aug. Bérard, Denonvilliers et Nélaton par exemple, aient enseigné que la castration, à cause de son innocuité plus grande, devait être préférée aux incisions simples ou multiples. »

En somme, toutes ces opinions se comprennent facilement, à une époque où la chirurgie antiseptique n'était encore qu'à l'état embryonnaire. L'incision, telle qu'on la pratiquait autrefois, consistait à ouvrir dans toute sa hauteur la cavité vaginale; on la bourrait alors de bourdonnets de charpie, destinés à amener une suppuration et la formation de bourgeons charnus. On comprend les inconvénients de cette façon d'agir, qui obligeait les malades à garder le lit pendant un temps indéterminé, et les exposait, par le fait de suppurations prolongées, à tous les accidents dont l'infection est la cause.

Aussi conçoit-on que le jour où Velpeau apparut, avec sa méthode des injections iodées, d'une innocuité qu'il montrait si parfaite, on obtint aisément un retour d'opinion.

Ce n'est qu'en 1876 que Volkmann, reprenant la question, fit revivre la méthode sanglante, l'érigea en traitement, et lui appliqua les règles actuelles de l'antisepsie.

Procédé de Volkmann. — Avant d'inciser, il frotte fortement la peau du scrotum avec une brosse à ongles, trempée dans une solution phéniquée à 3 %, puis il fait largement de haut en bas l'incision cutanée. Les téguments sont disséqués couche par couche, l'hémostase assurée et la vaginale sectionnée sur une longueur égale à celle de la peau. S'il existe des productions anormales dans l'intérieur de la séreuse, on les enlève; lavage avec la même

solution phéniquée, placement d'un tube à drainage; puis on pratique à l'aide d'une soie très-fine, une suture qui comprend du même coup les lèvres de la vaginale et celles de l'incision cutanée; il faut ordinairement une quinzaine de points de suture. On applique sur le tout un pansement compressif, destiné à accoler le feuillet pariétal de la vaginale contre le testicule. Volkmann ne juge nécessaire l'excision d'une portion de la vaginale que dans les cas de sacs très-vastes ou d'induration fibreuse de leurs parois. Sa statistique porte sur 17 observations de malades guéris tous sans accidents du 10^e au 15^e jour.

En 1878, Guezmer signale 52 nouvelles observations heureuses.

Schede, Beckel en apportent de nouvelles à l'appui.

En France, on trouve pendant cette période peu d'adeptes; en 1881 pourtant, le Docteur Labadie, encouragé par les bons résultats de la cure radicale, se déclare dans sa thèse partisan de la méthode, qu'il rejette toutefois dans les cas d'hydrocèles simples; les seules complications qu'il signale sont un léger érythème carbolique, de la rétention d'urine, de l'hyperthermie, une orchite chronique.

Mais, en somme, ce n'est qu'en 1884 que la méthode entra dans une phase nouvelle, avec Julliard (de Genève), qui décrivit un nouveau procédé.

Procédé de Julliard. — Ce chirurgien reproche tout d'abord au procédé de Volkmann de déterminer souvent une irritation très forte de la peau avec la solution phéniquée à 3 %. « On a même, dit-il, été jusqu'à conseiller le grattage avec un couteau. Ceci fait grand honneur aux scrotums qui ont été opérés de cette manière; ils sont, paraît-il, de force

à supporter sans broncher la solution phéniquée à 3 ‰, avec accompagnement de la brosse à ongles et du couteau. Les nôtres sont plus délicats, et je ne conseillerai à personne un traitement aussi corsé. » Un autre reproche est que le procédé n'assure pas suffisamment, dans les cas où la cavité est grande, l'adossement des deux feuillets de la séreuse; et d'autre part, le drain crée dans la cavité vaginale un trajet au niveau duquel il ne peut pas y avoir d'adhérences, d'où tendance à la récurrence. Aussi M. Julliard procède-t-il de la façon suivante. Il lave le scrotum avec de l'eau tiède savonneuse, puis avec une solution phéniquée à 1,25 ‰. L'incision faite, *il résèque* toujours une portion de la vaginale et n'en laisse que ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule et le cordon.

Toutes les productions anormales sont enlevées. Quand on en rencontre, la cavité lavée avec de l'eau phéniquée faible, et la vaginale suturée avec des catguts très fins, en l'ajustant sur le testicule et le cordon, après que l'hémostase est complète. Puis on suture le scrotum, en plaçant un drain à la partie déclive, non plus dans la vaginale, mais dans les couches superficielles seulement. Enfin, le tout est recouvert d'un pansement antiseptique compressif. M. Julliard se sert de préférence des drains de caoutchouc de Chassaignac, s'étant aperçu, comme nous le verrons dans une des observations annexées à ce travail, que les drains d'os décalcifiés, dits résorbables, jouaient un rôle tout à fait différent de celui qu'on leur prête.

Sur les 54 opérés de la statistique de M. Julliard, 51 ont guéri par première intention; chez 10 d'entre eux un suintement séro-sanguinolent du drain scrotal a entravé quelques jours la guérison complète; enfin chez trois

autres, la réunion de l'incision ne s'est opérée que partiellement.

Procédé de Bergmann. — C'est en 1885 que Bergmann modifia le procédé de Volkmann de la façon suivante : la vaginale ouverte, il isole son feuillet pariétal de la tunique commune et du cordon jusqu'au voisinage de l'épididyme et du testicule, puis il extirpe la totalité de la tunique ; ensuite, lavages, drainage, sutures et pansement comme dans les autres procédés ; la guérison demanderait onze jours en moyenne.

Sur 20 cas, l'incision fut 6 fois complètement apyrétique ; 8 fois, il y eut un peu de fièvre, le deuxième jour généralement ; 6 opérés eurent une fièvre un peu plus forte, sans influence sur la plaie ni sur l'état général. Enfin dans 3 cas, Bergmann signale de la rétention d'urine le premier jour, disparue au bout de 24 heures.

Procédé d'Augagneur. — Au mois d'Avril 1886, le chirurgien lyonnais publia la statistique de ses opérations, et décrivit le procédé qu'il adoptait. Toutes les précautions antiseptiques étant prises, il incise la tumeur, résèque une portion de la vaginale, puis après avoir soigneusement lavé la cavité, il suture la vaginale et le scrotum au moyen de fils métalliques, réunis sur des plaques de plomb. Un petit drain est placé dans le fond de la plaie opératoire sur l'une des extrémités du testicule.

Comme on le voit, ce procédé est un peu hybride et emprunte à Volkmann la suture de la vaginale avec les lèvres de l'incision cutanée et à celui de Julliard la résection de la séreuse.

Le pansement est fait avec une bande de silk-protec-

tive, recouverte d'une épaisse couche de coton boriqué ou salicylé; puis compression. Les 15 malades traités de cette façon ont tous guéri d'une façon très simple.

A partir de cette époque, les cas d'hydrocèles traitées par l'incision antiseptique se multiplient; en juin 1886, à la Société de chirurgie, M. Reclus cite les excellents résultats de cinq opérations et préconise la méthode de Julliard pour les cas complexes; M. Richelot s'en déclare également partisan; M. Tedenat, de Montpellier, au Congrès français de chirurgie, formule des conclusions semblables; enfin M. Routier, en 1887, se fait dans la Revue de chirurgie un ardent défenseur de la méthode; il fait remarquer que dans l'hydrocèle, la face interne de la séreuse est altérée plus fréquemment qu'on ne le croit; aussi pratique-t-il après l'incision un curettage de cette face interne. « Quoi qu'il en soit, dit-il, sans vouloir préconiser l'incision antiseptique de l'hydrocèle pour tous les cas, je crois qu'il est bon de savoir que cette opération n'est pas plus grave que la simple ponction suivie d'injection, et que pour la rapidité de la cure, c'est certainement l'incision qui la procurera le mieux. »

Procédé de Nicaise. — Ce chirurgien propose de disséquer l'hydrocèle vaginale comme on dissèque un sac herniaire. Dans le procédé de Julliard, on excise en même temps et le feuillet pariétal de la vaginale et la tunique fibreuse qui lui adhère d'une façon assez intime. Il en résulte souvent un épanchement de sang dans le tissu cellulaire des bourses, pour peu surtout que l'hémostase n'ait pas été parfaite.

C'est pour éviter cet accident, que M. Nicaise décolle la séreuse de la fibreuse par une dissection assez fine; puis il l'excise partiellement, de manière à conserver juste

ce qu'il faut pour recouvrir le testicule. De cette façon, la tunique fibreuse conservée protège le tissu cellulaire scrotal contre tout épanchement.

M. Reclus, qui a essayé dans 3 cas ce procédé, aurait eu 3 récidives; aussi pense-t-il que le liquide se reproduit, parce qu'on n'amène pas de cette façon une oblitération sérieuse de la vaginale.

A l'étranger, on suit de la même façon le mouvement qui tend à faire admettre l'excellence de l'incision antiseptique, et en 1888, Czerny (de Heidelberg) publie le résultat de 90 opérations pratiquées par lui à sa clinique, de 1878 à 1887.

Voici, d'ailleurs, cette statistique, que nous trouvons dans la thèse du Dr Galou :

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES	Nombre de cas	Durée moyenne de la guérison en jours	Récidive	Guérison	Résultats inconnus
Simple ponction.....	2	2-3	—	2	—
Ponction suivie d'injection iodée ..	48	7-8	6	26	16
Ponction suivie d'une injection autre	3	5	2	1	—
Opération radicale (Volkman)...	25	23	1	17	7
Opération radicale modifiée	5	24	?	3	2
Opération radicale avec excision...	3	17-18	?	2	1

C'est en somme une statistique de 66 % environ de succès en faveur de la cure radicale.

Procédé de Scarenzio. — Le procédé que nous allons décrire est peu connu; il a été publié tout au long dans une brochure parue à Milan en 1889, et nous a paru assez ingénieux. L'auteur y propose de rendre encore plus innocente et plus simple la cure radicale de l'hy-

drocèle ; voici comment : incision des téguments et des enveloppes dans une étendue de 4 à 5 centimètres du côté opposé au testicule, en respectant la vaginale ; ponction de l'hydrocèle avec un trocart ; puis au fur et à mesure que le liquide s'écoule, pincer fortement le feuillet scrotal de la vaginale et l'attirer au dehors en le décollant avec les doigts, ce qui est facile en raison de la laxité du dartos. Quand la majeure partie de la séreuse a été ainsi pédiculisée, et quand on sent le testicule amené au bout de la plaie, on saisit la base du pli vaginal avec un clamp ou deux pinces ; on résèque la portion qui dépasse et on suture au-dessous du clamp, comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou d'un varicocèle. L'auteur publie quatre observations à l'appui ; pour lui, l'adhésion des deux feuillets de la vaginale, que Volkmann attribuait à l'action irritante de l'acide phénique ou à l'action mécanique du lavage est totalement indépendant de ces deux facteurs ; car on l'a rencontrée chez tous les opérés sous un simple pansement au sublimé au 1/1000 et même à l'eau pure.

Avant de terminer cette étude de la cure radicale, nous devons mentionner un procédé très simple, que nous avons vu appliquer à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Regnier, par M. le Dr Isch-Wall. Nous devons, en passant, lui adresser nos meilleurs remerciements, pour l'obligeance qu'il a mise à nous le communiquer. On commence par pratiquer sur le trajet futur de l'incision, une injection hypodermique de cocaïne, suivant la méthode de Reclus. Le contenu d'une seringue de Pravaz au 1/40^e suffit en général à provoquer l'analgésie.

Puis le scrotum étant saisi de la main gauche, et rendu saillant, on incise, comme s'il s'agissait d'un abcès,

du même coup scrotum et vaginale ; l'incision n'a pas plus de 5 à 6 cent. de longueur ; on achève la sortie du liquide en comprimant les bourses ; le doigt introduit dans la cavité l'explore, reconnaît la présence ou non d'un corps étranger, ou d'une production anormale, qu'on enlève, puis on fait pendant 4 minutes environ un lavage de l'intérieur de la séreuse avec une solution de sublimé au 1/1000. Deux points de suture au maximum sont placés sur la vaginale ; autant sur l'incision cutanée, et tout est dit. M. le Dr Isch-Wall a traité de cette façon une quinzaine d'hydrocèles, et jusqu'à présent, n'a pas encore éprouvé d'insuccès. Pour lui, le point important de l'opération n'est pas tant l'incision que le lavage au sublimé consécutif. Huit jours en moyenne suffisent, avec un peu de compression, à amener la guérison complète.

Tels sont la plupart des procédés employés actuellement, dans le but d'obtenir la cure radicale de l'hydrocèle. Il ne nous a pas semblé que certaines modifications légères apportées, suivant les circonstances, aux méthodes que nous venons d'exposer, dussent à leur tour, porter le nom de leurs auteurs ; aussi avons-nous basé notre étude aux procédés connus, à part le dernier décrit et celui de Scarenzio, qui nous a paru également mériter d'être mis en vedette.

CHAPITRE VI

Accident de la cure radicale. — Ses résultats. — Ses indications

Les accidents que l'on observe à la suite de la cure radicale sont-ils sérieux ? Donnent-ils le droit de faire abandonner la méthode ? Assurément non. Que le chloroforme ou la cocaïne soient ici suivis des mêmes accidents que nous avons déjà signalés, cela est évident, et nous ne pensons pas que pour cela, l'on doive aller, avec Julliard, jusqu'à supprimer l'anesthésie, pour les éviter : la douleur de nos semblables doit nous préoccuper au même titre que la nôtre. Cependant, l'anesthésie due à la cocaïne en injections hypodermiques, est tellement précieuse, que nous nous croyons autorisés à la recommander, nous appuyant, pour le faire, sur la pratique de Reclus, et sur quelques-unes des observations dont nous faisons suivre ce travail.

Si, d'autre part, nous examinons les suites immédiates de la méthode sanglante, nous sommes frappés de leur peu d'importance à côté de la réaction violente que donne l'injection iodée ; la fièvre, quand elle existe, doit souvent être mise sur le compte du défaut d'antisepsie ; quant à la durée de la guérison, quoiqu'elle soit généralement moins longue que dans les cas de ponction, il n'y a pas

véritablement de différence sensible entre les deux procédés. La plupart du temps, en effet, la plaie est guérie vers le 10^e jour, cependant il reste encore un peu d'induration le long du cordon, du gonflement du testicule, sorte d'orchite de réaction, qui n'autorise pas une sortie prématurée du malade qui ne quitte guère l'hôpital qu'aux environs du vingtième jour.

Cette orché-épididymite accompagne presque toujours la guérison ; dans ces cas, le testicule n'est pas douloureux, et M. Julliard, dans une autopsie d'un de ses opérés, mort d'un étranglement interne, l'a trouvé intact. Il ne s'agit pas d'une véritable orché-épididymite, mais d'une induration du tissu cellulaire de la partie supérieure des bourses et du cordon à peu près analogue à celle que l'on rencontre après les cures radicales de hernie. Elle force tout au plus le malade à porter quelque temps un suspensoir.

Si maintenant nous examinons les véritables complications qui se sont produites à la suite des cures radicales, nous verrons qu'elles sont relativement peu nombreuses ; dans 457 cas passés en revue par M. Wendling dans sa thèse, il signale 3 morts dues à des maladies intercurrentes.

M. Gross a vu se produire un phlegmon des bourses.

M. Reclus a observé à la suite de ses cures radicales :

a) 2 fois une rétention d'urine qui céda au premier cathétérisme ;

b) 2 fois, au septième jour, l'apparition dans la séreuse d'un léger épanchement résorbé au dix-septième jour ;

c) 4 fois, une orchite, bien moindre d'ailleurs, que celle qu'on observe à la suite des injections irritantes ;

d) 2 fois un abcès insignifiant, développé autour d'un point de suture superficiel.

En somme, ce sont là des accidents bénins, mais combien de cas malheureux sont assurément restés dans l'ombre ! De plus, les statistiques sont fournies par des chirurgiens sachant manier adroitement le bistouri et faire bon usage de l'antisepsie ; il est oiseux de dire que cette liste de complications serait infiniment plus longue, si le traitement radical de l'hydrocèle était confié à des mains inexpérimentées et surtout si ces opérations se chiffraient par milliers comme les ponctions !

Quant aux récidives, elles sont ici plus rares que dans la méthode par injection iodée, où nous avons vu qu'elles s'élevaient à 10 %. D'après les statistiques de Nimier et de Wendling elles ne seraient que de 1 %. M. Reclus indique également un chiffre faible de récidives.

Le Dr Buzzi en constate 1 sur 29 opérés revus.

Le Dr Galou ne cite aucun cas de récidive parmi les opérés de M. Chalot (de Montpellier).

En somme, quoique les récidives, dans la méthode sanglante, soient l'exception, il n'en est pas moins vrai qu'elles se produisent.

Il reste encore un point à élucider ; le testicule peut-il sans inconvénient être privé de sa séreuse ? Et cette oblitération de la vaginale que l'on recherche dans la cure radicale, ne joue-t-elle pas, vis-à-vis de la glande spermatique, un rôle d'atrophie et de destruction ? Depuis longtemps, Broca se plaignait de cette adhérence des deux feuillets, qui, selon lui « découragerait la spermatogénèse. » Curling préférerait le résultat incertain que donne l'injection iodée, parce qu'elle ne donne pas d'adhérences, aimant mieux laisser son malade exposé à une récidive que d'oblitérer

sa vaginale. Gosselin, enfin, partage cette opinion. Il a constaté, qu'après l'incision, il y avait anémie testiculaire, que la substance de l'organe était pâle, dépourvue de sang, et qu'il y avait absence de spermatozoïde dans les tubes séminifères. Il attribue cela à ce fait que la vaginale attirant à elle la plus grande quantité de sang, le testicule en reçoit moins que d'habitude, et ne peut plus fournir de spermatozoïdes.

Nous ne pouvons malheureusement pas répondre par des faits certains à cette objection. Constaté *de visu* la présence de spermatozoïdes chez un individu opéré d'une hydrocèle double, n'est point chose facile. Cependant, une autopsie faite par M. Julliard constate, ainsi que nous l'avons déjà dit, que le testicule était intact, nullement atrophié. D'autre part, les lésions dont parle Gosselin ne préexistaient-elles pas à l'opération, et n'étaient-elles pas plutôt cause de l'hydrocèle que résultat de la cure radicale ?

Une autre question se pose : en face d'une hydrocèle à opérer, le diagnostic opératoire étant des plus précis, quel est le meilleur procédé de cure radicale à employer ? Or, il nous semble qu'il n'y a pas une conduite à tenir, mais plusieurs ; tout dépend des cas. L'incision, en somme, peut n'être que le premier temps d'une intervention plus longue ; si la séreuse est saine, qu'on n'y rencontre point de produits pathologiques, elle suffira dans la plupart des cas ; si elle est altérée, recouverte de néo-membranes, un curettage de sa face interne et une incision limitée, en gardant juste de quoi recouvrir le testicule, seront le procédé à choisir. Quant à l'excision complète de la vaginale, suivant le procédé de Bergmann, nous ne pensons pas qu'elle doive être employée.

De l'ensemble de ces faits, il résulte, que nous admettons la cure radicale comme une excellente opération dont nous nous déclarons hautement partisans. Cependant, nous croyons qu'elle n'est nullement en droit de détrôner la méthode des injections, et qu'il y a en chirurgie place pour l'une et pour l'autre. D'une façon générale, la ponction et l'injection doivent toujours être tentées dans la plupart des cas; car on leur doit des succès incontestables. C'est dans les cas d'hydrocèle tuberculeuse, qu'elle nous a paru même offrir le maximum de sécurité, peut-être en raison de l'iode injecté. Mais que l'hydrocèle se soit reproduite après une ou plusieurs ponctions, on est en droit de proposer la cure radicale au malade en le prévenant qu'il s'agit d'une véritable opération, destinée à lui éviter les ennuis de récidives constantes.

La cure radicale est indiquée encore dans les cas où la séreuse, même à un premier examen du malade, se présenterait nettement indurée, épaissie, recouverte de néomembranes, comme dans les cas types de pachy-vaginalites.

Il existe encore d'autres cas, où la méthode sanglante pourra être employée avantageusement :

a) *Dans les hydrocèles congénitales.* La persistance, en effet, du conduit vagino-péritonéal, aurait des chances de faire remonter le liquide injecté jusque dans l'abdomen et de donner lieu à de la péritonite. Cependant, il faut bien savoir que ces hydrocèles ont une grande tendance à guérir d'elles-mêmes. On fera donc bien d'attendre et de combattre médicalement l'épanchement avant d'opérer. Ce n'est que lorsque toute chance de guérison spontanée aura disparu, que l'on sera autorisé à agir chirurgicalement.

b) Dans les kystes à cavités multiples, hydrocèles en bissac, etc. Il est facile, en ces cas, de faire écouler par ponction le liquide; mais après la ponction, où et comment pousser l'injection dans les loges qui se seront affaissées ?

c) Dans les cas d'hydrocèles symptomatiques de corps étrangers libres ou adhérents, de petits kystes, de fragments de cartilages. Il est évident qu'ici, la cause persistant, l'hydrocèle n'a aucune chance de guérir d'elle-même. Au contraire, *ablatà causà, tollitur effectus*.

d) Dans les cas où l'hydrocèle s'accompagnera de la présence d'une hernie plus ou moins volumineuse, la cure radicale de cette dernière pouvant être faite simultanément.

e) Dans les hydrocèles enkystées du cordon.

f) Dans les cas où le diagnostic de la cause ne sera pas nettement déterminé (syphilis, tuberculose, cancer, etc.); car la castration, le cas échéant, pourra être faite séance tenante, le malade ayant été averti auparavant de l'intervention possible.

g) Dans tous les cas, enfin, où le malade réclamera de lui-même une opération radicale destinée à le débarrasser d'une infirmité.

CHAPITRE VII

Traitement de l'hydrocèle de l'enfance

L'hydrocèle des enfants se comporte généralement d'une façon différente de celle des adultes. Chez eux, en général, surtout chez les très-jeunes enfants, les moyens palliatifs offrent une assez grande efficacité ; citons le collodion riciné en application sur les bourses (1) ; les compresses trempées dans de la *teinture de noix de Galles*. M. de Saint-Germain emploie depuis longtemps des compresses imbibées d'une solution saturée de *chlorhydrate d'ammoniaque* ; si la réaction est trop vive, il cesse pendant deux jours l'emploi de la solution et saupoudre le scrotum de *sous-nitrate de bismuth*. Si l'hydrocèle persiste, il se sert de la méthode de Defer.

M. Kirmisson agit de la même façon, mais emploie, en cas de persistance de l'hydrocèle, la méthode de Monod père.

M. Lannelongue se sert d'une solution de teinture d'iode au 1/5, quelquefois aussi de l'injection d'alcool, qui lui a donné des récidives. Il recourt néanmoins à l'incision avec ou sans excision dans les cas rebelles.

Quant à M. Felizet, il pense que les cas sont plus complexes ; voici d'ailleurs, d'après M. le Dr Baudoin (2), l'opinion qu'il professe : « Il faut distinguer, d'après M. Felizet :

1° L'hydrocèle de la première enfance (de la naissance à la deuxième année) ;

2° L'hydrocèle de l'enfance moyenne (de trois à huit ou dix ans) ;

3° L'hydrocèle de l'adolescence.

A. Dans l'hydrocèle de la première enfance (on ne doit pas y ranger l'épanchement de sérosité dans les deux vaginales qu'on observe si souvent chez le nouveau-né et qui, spontanément, se résorbe du 10^e au 25^e jour), qui est bilatérale souvent, — que la vaginale communique ou non avec la cavité péritonéale — M. Félizet se comporte comme si cette communication existait. Dans ces cas, il se borne à prescrire des applications de *chlorhydrate d'ammoniaque* à 1 % et des lavages à *l'alcool camphré*. Toutefois, si l'hydrocèle est volumineuse, une ponction simple antiseptique est indiquée : on doit prendre les précautions les plus sévères pour éviter le contact de l'urine avec la plaie de la ponction.

B. S'agit-il d'une hydrocèle de la moyenne enfance, ordinairement unilatérale ? Il faut, avant tout, songer au phimosis, car la coïncidence des deux affections est très fréquente. Or, très souvent, l'opération de la circoncision a guéri l'hydrocèle, sans aucune intervention directe. Quand la vaginale ne communique pas avec le péritoine, il fait la ponction avec évacuation intégrale, l'anesthésie à l'aide de la cocaïne et une injection de teinture d'iode pure, additionnée d'iodure de sodium. Le liquide séjourne une minute seulement dans la séreuse.

C. En général, la persistance ou le développement de l'hydrocèle chez un adolescent dépend soit d'habitudes vicieuses (on fera alors la circoncision), soit de l'existence de petits kystes épидидymaires, soit d'une épидидymite tuberculeuse (ce qui est très rare chez les enfants), soit enfin d'une persistance de la communication péritonéo-vaginale. Dans les trois premiers cas, ponction et injection iodée avec un séjour de trois minutes du liquide. Dans le

dernier cas, il faut traiter l'affection comme une « hernie aqueuse » : *incision, ligature du collet du sac très haut*, excision et suture d'une collerette de la vaginale, après suture des piliers au fil d'or, si besoin est. Chez les enfants, M. Felizet n'a jamais eu à pratiquer les excisions de la vaginale, qui sont la base de la cure radicale de l'hydrocèle des adultes. »

Observation I (in Julliard)

Récidive d'hydrocèle traitée par le procédé de Volkmann, et drainée avec un os décalcifié, non résorbé.

G. G..., âgé de 26 ans, hydrocèle droite, peu volumineuse.

Cette hydrocèle avait été opérée par le procédé de Volkmann, il y a 15 mois, par M. le docteur J. Reverdin, qui avait employé un drain d'os décalcifié, dit résorbable. L'opération guérit par première intention et le malade quitta l'hôpital le neuvième jour, muni d'un suspensoir. Quelques jours après, on constata la présence du drain, qui ne s'était pas résorbé ; dès lors, le drain est resté en place, sans causer de douleur, mais seulement une sensation de pesanteur dans le scrotum. Quelques mois après, l'hydrocèle récidive. Incision antiseptique. Liquide clair, citrin. La tunique vaginale ne présente pas d'altération. A la partie inférieure, on trouve le drain intact, aplati et complètement enkysté dans la séreuse qui l'enveloppe. J'excise cette partie avec le drain qu'elle renferme. Résection et suture de la vaginale ajustée sur le testicule et le cordon. Suture du scrotum au catgut. Point de drain. Pansement aux éponges avec bande élastique. Réunion par première intention complète le quatrième jour. Le huitième jour, le malade quitte l'hôpital. Le drain était intact, aplati, d'une longueur de quelques centimètres. La séreuse l'enveloppait complètement et elle avait pénétré dans le canal du drain, qu'elle remplissait.

Observation II (in Julliard)

Hydrocèle enkystée du cordon gauche. — Incision et excision.

C. C..., âgé de 26 ans. Hydrocèle datant de l'âge de cinq mois. A été ponctionnée deux fois *sans injection* : elle a récidivé les

Cajepis. — 6.

deux fois après quelques mois. La tumeur est actuellement de la grosseur d'un œuf. Incision antiseptique. Liquide clair et citrin. A la partie inférieure de la cavité, on trouve une tumeur kystique, grosse comme une petite noix, qui paraît avoir pris naissance dans la queue de l'épididyme; je fends cette tumeur qui donne issue à un liquide tout-à-fait semblable à celui qui est sorti par l'incision de l'hydrocèle. Résection de la vaginale et suture profonde. Section superficielle du scrotum. Un drain dans la plaie scrotale seulement. Le quatrième jour, j'enlève le drain et les sutures. Le huitième jour, tout était fini.

Observation III (in Julliard)

Hydrocèle gauche en bissac. Incision et excision.

La vaginale est épaissie, d'un rouge vif, et présente par places des plaques blanchâtres. Résection et suture profonde de la vaginale. Suture superficielle de l'incision du scrotum. Drainage de la cavité vaginale et de la plaie scrotale. Ablation du drain de la vaginale le second jour; le drain du scrotum est enlevé le cinquième jour. Le huitième jour, on cesse tout pansement. Réunion par première intention complète, sauf à la partie supérieure de l'incision, où il s'est produit un léger écartement, qui a guéri par granulation. Le sixième jour, tout était fini.

Observation IV (in Julliard)

Hydrocèle gauche. Insuccès de l'injection iodée. Incision et excision.

G. J..., âgé de 22 ans. Hydrocèle grosse comme les deux poings, datant de plusieurs années. Une première injection iodée reste sans résultat. Une seconde injection est suivie d'une violente réaction inflammatoire, dans laquelle le thermomètre monta à 40°; la fièvre, accompagnée d'agitation, céphalalgie, etc., dura trois jours. La tumeur ne disparut pas et resta la même. Un mois après, incision antiseptique. La vaginale est d'un rouge vif, très épaissie, et a perdu son poli; par places, elle est recouverte de pseudo-membranes, qui se laissent enlever avec une éponge. Un petit kyste, gros comme un grain de grenaille, sur le testicule, est relevé. Le liquide de l'hydrocèle est séreux et limpide. Après l'ablation des fausses membranes et du kyste, suintement sanguin en nappe assez abondant, je l'ar-

rétai par une compression de quelques instants avec une éponge. Résection de la vaginale. L'hémostase étant complète, suture profonde de la vaginale ajustée sur le testicule et le cordon. Suture superficielle du scrotum. Drainage de la cavité vaginale et de la plaie scrotale. Le troisième jour, j'enlève les drains et les fils. Le cinquième jour, la réunion est complète. Apyrexie complète. Le malade se lève avec un suspensoir garni de coton. Il quitte l'hôpital le dixième jour, en me demandant pourquoi je lui ai fait perdre son temps avec ces injections iodées plutôt que de l'avoir opéré tout de suite.

Observation V (in thèse Galou) Résumée

Hydrocèle vaginale spontanée de nature indéterminée et offrant une tunique fibro-séreuse épaisse. Hyperalgesie du cordon spermatique.

B..., 30 ans, hydrocèle droite. Opéré le 17 janvier 1892, par M. Chalot (de Montpellier). Pendant toute la durée de la nuit précédente, application sur les bourses d'une solution phéniquée à 2 1/2 %. Point d'anesthésie chloroformique. Toilette des bourses. Position de la taille périnéale. Incision curviligne du scrotum de 0^m06 dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, sur le pôle inférieur de la tumeur à 3 centim. en dehors du raphé et parallèlement.

Douleur vive pendant l'incision de la peau.

La vaginale mise à nu, ponction au bistouri au niveau de l'angle supérieur, puis introduction dans l'ouverture d'une lame étroite de ciseaux droits mousses. Section de la tunique de haut en bas; pas d'anomalies. Irrigation de la cavité avec eau bouillie tiède et acide phénique à 2 1/2. Suture isolée des lèvres et angles de la plaie avec 14 points de catgut n°0, qui comprennent tunique vaginale et scrotum.

Deux drains de caoutchouc de 4 à 6 centim. dans la vaginale.

Durée de l'opération : 20 minutes.

Le huitième jour, suppression des 2 drains. Sort le 2 février avec de l'augmentation de volume du testicule, qui n'est pas douloureux.

Reçu au bout de 4 ans; guérison maintenue.

Observation VI (in thèse Galou) Résumée.

Hydrocèle double syphilitique.

Del... François, 36 ans. A eu un chancre en 1876.

Hémiplégie droite avec aphasie en 1889; hydrocèle droite datant de 15 mois. Iodure de potassium sans action.

Opéré le 31 Juillet, par le procédé décrit dans l'observation précédente.

Guérison et sortie le 13 août. — Pas d'incidents.

Pas d'augmentation de volume du testicule.

Reçu 4 mois après ; pas de récurrence.

Observation VII (in thèse Galou) Résumée.

Hydrocèle double.

Joseph P... 59 ans.

Porteur depuis deux mois d'une hydrocèle double.

Volume considérable des bourses.

Opéré des deux côtés par le procédé de l'observation V, le 30 août 1891.

Suites normales.

Sorti guéri le 15 septembre 1891.

Reçu 7 mois après ; pas de récurrence.

Observation VIII (inédite)

Due à l'obligeance de M. Flörsheim, interne du service.

Hydrocèle vaginale droite. Incision et excision.

Bl..., Louis, 51 ans, entré le 1^{er} mars 1893, à l'hôpital Tenon, service de M. le docteur Regnier.

Hydrocèle vaginale droite datant de 6 mois. A été déjà deux fois ponctionné en ville ; injection de teinture d'iode. L'épanchement a reparu un mois environ après la ponction. Le malade se plaint des douleurs que lui a occasionnées l'injection de teinture d'iode et préfère, dit-il, en finir.

Opération le 10 mars, par M. le docteur Regnier. — Lavage antiseptique du scrotum. Injection hypodermique de chlorhydrate de cocaïne d'une solution au 1/40 ; on injecte sur le trajet de l'incision à faire la valeur d'une seringue et demie environ de solution.

Incision de la peau de 10 centim. environ ; pas de douleur, qui a été nulle également pendant toute la durée de l'opération ; incision de la vaginale égale à celle de la peau. Sortie de 8 à 900 gr. de liquide jaune citrin, analogue à celui des hydrocèles ordinaires. La vaginale est très épaisse, surtout à la partie inférieure ; elle est couverte d'arborisations vasculaires.

Décollement de la vaginale d'avec le scrotum assez simple.

Résection de la vaginale en en conservant de quoi recouvrir le testicule préalablement lavé au sublimé.

Suture au catgut; 10 points de suture; le testicule est passablement comprimé.

Un drain est placé non dans la vaginale, mais entre elle et le scrotum, sortant par la partie inférieure de la plaie cutanée.

Suture du scrotum au crin de Florence. Pansement iodoformé. Compression ouatée. Les suites ont été des plus simples; le malade n'accusa aucune douleur et n'eut point de fièvre. On enlève le drain le 12 mars; les points de suture le 18 mars.

Le malade sortit complètement guéri le 25 mars; il a encore un peu d'augmentation de volume du testicule et du cordon; mais il n'y a aucune douleur à la pression, et en examinant bien la région, on s'aperçoit qu'en réalité ce n'est point le cordon qui est hypertrophié, mais la vaginale et le tissu cellulaire qui l'entoure. On engage le malade à porter un suspensoir.

A été revu le 16 juin; rien d'anormal.

Observation IX (inédite) Résumée,

Due à l'obligeance de M. Marie, interne du service.

HYDROCÈLE BI-LATÉRALE. INCISION SIMPLE A GAUCHE.

INCISION AVEC EXCISION A DROITE.

Court... Emile, 45 ans, entré le 13 mars, salle Monthyon, hôpital Tenon, service de M. le Dr Reynier.

Il y a an, a débuté à droite une hydrocèle, ayant augmenté rapidement, et envahi depuis trois mois le côté gauche. — Pas de tuberculose, pas de syphilis.

Actuellement, hydrocèle droite très volumineuse et ne laissant pas percevoir le testicule. A gauche hydrocèle beaucoup moins marquée, et permettant de sentir la glande.

Opéré par le Dr Isch-Wall le 22 mars; injection hypodermique d'une seringue de solution au 1/40^e de chlorhydrate de cocaïne; analgésie complète.

1^o A gauche. Incision de 10 centim. environ. Ouverture de la vaginale; écoulement de 60 à 70 gr. de liquide clair; le doigt introduit dans la plaie ne reconnaît rien d'anormal; lavages au sublimé pendant deux à trois minutes, puis suture au catgut, quatre à cinq points de suture, comprimant très peu le testicule. Suture de la peau au crin de Florence.

2° *A droite.* On pratique la résection très étendue de la vaginale dont 800 gr. environ de liquide se sont écoulés. Suture de la séreuse au catgut ; les fils serrent assez fortement la glande.

Pas de drains.

Pansement compressif.

Un peu d'élévation de température le 3^e jour, mais qui ne reparut pas les jours suivants.

Le 30 mars, ablation des fils ; on constate que le testicule gauche est assez volumineux ; cette orchite réactionnelle s'est effectuée d'ailleurs sans douleur ; mais l'on remarque qu'elle se présente au niveau du testicule dont on n'a pas réséqué la vaginale.

Malade sorti guéri le 9 avril ; il persiste toujours un peu d'orchite indolore à gauche.

Observation X (inédite) Résumée,

due à l'obligeance de M. Marie, interne du service.

Hydrocèle vaginale droite. Incision simple.

Bours... Antoine, 55 ans, entré le 26 Mars à l'hôpital Tenon, service de M. le Dr Reynier. Porteur depuis 1 an d'une hydrocèle très volumineuse, très tendue, remontant jusqu'au niveau du canal inguinal. Aspect piriforme de la région droite du scrotum. Opéré le 29 mai par M. le Dr Isch-Wall, anesthésie à la cocaïne : une seringue d'une solution au 1/40. Incision de 4 à 5 centim. seulement comprenant en un seul temps scrotum et vaginale. Issue de plus d'un litre de liquide très clair.

En introduisant le doigt dans l'intérieur de la cavité vaginale, pour l'explorer, on rencontre un corps étranger fibro-cartilagineux de la grosseur d'un haricot, qu'on enlève, et qui était situé à la partie antérieure du feuillet pariétal de la vaginale. Lavage au sublimé au 1/1000 pendant près de 5 minutes. Placement de deux points de suture sur la vaginale et sur la peau isolément. Pas de drain. Pansement iodoformé. Suite des plus normales. Le malade sort guéri le 14 Juin, sans qu'il se soit produit aucun incident à la suite de l'opération. Au départ, on constate au-dessus du testicule un cordon gros, non douloureux à la pression et qui dépend de la vaginale. Pas de funiculite.

Observation XI (Résumée)

Hydrocèle en bissac. Incision et excision (1).

Sch... 31 ans, chapelier, entré à l'hôpital dans le service de notre maître M. Blum, le 27 décembre 1892.

Deux orchites blennorrhagiques, l'une en 1875, l'autre en 1880.

En 1887, hydrocèle, nullement réductible dans l'abdomen ; ponction, injection iodée, liquide clair.

En 1888, c'est-à-dire 6 mois après la ponction, nouvelle blennorrhagie, nouvelle hydrocèle, mais tumeur scrotale réductible par pression dans l'abdomen.

Jusqu'en 1892, port d'un bandage.

A l'entrée à l'hôpital, on constate une hydrocèle en bissac des plus nettes ; lorsqu'on fait la réduction du liquide scrotal, on détermine, en obturant l'orifice externe du canal inguinal, une tuméfaction allongée occupant le canal inguinal et la fosse iliaque gauche.

Opération sous chloroforme le 3 Janvier 1893. Incision longue, suivant le grand axe de la tumeur. Ponction au trocart ; évacuation d'un liquide clair. Dissection de la poche autour de laquelle sont éparpillés les éléments du cordon ; on les détache ; puis on enlève la poche en l'attirant et en la détachant de bas en haut ; cette poche se continue avec la vaginale. On accumule le liquide qui reste dans la partie supérieure de la poche ; puis on prend dans une pince à forcipressure la vaginale un peu au dessus du testicule et on jette une ligature à ce niveau. On résèque toute la poche située au-dessus.

Suites normales ; le 11 janvier, on constate un petit épanchement nouvellement formé dans la vaginale, disparu du reste le 21 janvier.

Sortie du malade le 21 janvier.

Observation XII (in Routier)

Hydrocèle vaginale gauche. Insuccès de l'injection. Incision antiseptique.
Guérison.

D. F..., menuisier, 31 ans, entré le 10 novembre 1886 à l'hôpital Laennec, dans le service de M. le docteur Routier, suppléant M. le docteur Nicaise.

(1) La Médecine moderne (1892) par A. Schwab, interne des hôpitaux.

Hydrocèle vaginale simple datant de 9 mois. Ponction et injection iodée le 20 novembre. Reproduction du liquide, qui n'avait pas encore disparu le 25^e jour.

Le 13 décembre, nouvelles ponction et injection; nouvelle reproduction de l'hydrocèle.

On propose une nouvelle intervention au malade. Cure radicale le 27 décembre; la vaginale était partout tapissée de fausses membranes, isolables ou adhérentes; on les détache avec l'ongle ou la curette. — Résection de la vaginale, en gardant de quoi recouvrir le testicule.

Suture de la vaginale à la soie. Drain contre le testicule. Suture du scrotum aux crins. Un peu d'orchite le second et troisième jour; pas de fièvre.

Sorti guéri le 10 janvier; le testicule et le cordon avaient repris leur volume normal.

Observation XIII (In Routier), Résumée.

Hydrocèle vaginale et hydrocèle enkystée de l'épididyme.

Incision et résection.

F... Pierre, charron, 55 ans, entré le 2 août 1886, à l'hôpital Laennec, dans le service de M. le Dr Routier.

Hydrocèle droite, du volume du poing, datant de 2 ans. Opération le 6 août. Incision de la vaginale, liquide clair, citrin: mais il il reste, outre le testicule, une autre tumeur formée par un gros kyste, qui a encore le volume de la moitié de la tumeur au moins. Ce kyste attenant à l'épididyme, s'est développé au-dessus et en dehors de la vaginale.

Paroi du kyste incisée et réséquée presque en totalité, ce qui en reste se confond maintenant avec la vaginale, qui est suturée à la soie et drainée. Suture du scrotum aux crins de Florence. Le malade sort guéri le 19.

Observation XIV (in Routier), Résumée

Hydrocèle gauche. Insuccès de l'injection à l'alcool. Incision et résection.

D. P..., 60 ans, entre à l'hôpital Laennec, service de M. le docteur Routier, en août 1886.

Hydrocèle gauche datant de dix ans.

Traité à la Pitié (service de M. Polaillon) par le procédé
A. Monod, père; récurrence rapide.

Opération radicale le 20 août 1886, sous chloroforme.

Incision assez longue de la vaginale, sortie de 8 à 900 gr. de liquide citrin; la face interne de la vaginale est très vasculaire; on y voit un grand nombre de petits kystes transparents et des granulations d'aspect cartilagineux.

Résection de la vaginale, en gardant de quoi recouvrir le testicule.

On débarrasse, à l'aide de la curette, la portion restante des kystes.

Suture de la vaginale à la soie phéniquée. Pansement de Lister. Un peu de fièvre le 6^e jour. Guérison parfaite le 17^e jour.

Examen histologique de la vaginale fait par M. le Dr Remy :

1. — Couches internes constituées par des lamelles conjonctives, avec des cellules aplaties dans leur intervalle.

2. — Au-dessous, tissu conjonctif lâche, feutré, rempli de capillaires sanguins très-dilatés.

3. — Au-dessous, lits superposés de faisceaux conjonctifs avec des cellules aplaties ou étoilées en divers sens.

Autour des capillaires, traînées de cellules embryonnaires qui se transforment peu à peu en cellules fixes, en sorte qu'on peut admettre que l'accroissement de la poche est interstitiel. Nulle part, il n'y a de néomembrane vascularisée à la surface de la séreuse, ce qui distingue bien cette lésion de celle de l'hématocèle.

Observation XV (inédite)

Hydrocèle enkystée à cavités multiples. Incision et résection.

G. P..., âgé de 28 ans, ingénieur, entré le 15 février à l'hôpital Cochin, salle Gosselin, service de M. le Dr Schwartz.

Père mort de poitrine, mère morte d'un cancer.

À l'âge de 12 ans le malade croit se rappeler qu'il a reçu un coup de bâton sur le testicule gauche, depuis son testicule augmenta de volume et devint d'un volume double de celui du testicule droit.

En 1890, le malade part pour le Brésil où ses occupations le forcent à monter continuellement à cheval. Au bout d'un an le testicule gauche augmente considérablement de volume.

En 1892, il sent des tiraillements légers qu'il localise sur le trajet du cordon.

Actuellement, on remarque que le testicule gauche présente un volume quadruple de celui du testicule droit ; de plus on remarque deux petites tumeurs siégeant à la partie supérieure et de chaque côté du testicule. La palpation révèle une troisième tumeur ayant son siège à la partie antérieure et inférieure du testicule. Ces trois tumeurs sont nettement fluctuantes, mais nullement réductibles.

Une ponction faite dans chaque poche avec la seringue de Pravaz révèle l'existence d'un liquide jaune, citrin.

Opéré le 20 février par M. le Dr Schwarz : Anesthésie du scrotum du côté gauche au moyen de la cocaïne... Incision du scrotum et de la vaginale, il en sort un liquide citrin en petite quantité. On constate une hydrocèle enkystée contenue dans trois poches communiquant ensemble.

Résection de la vaginale la plus atteinte, et réunion avec catgut, de façon à recouvrir le testicule.

Sutures superficielles au crin de Florence.

Pansement iodoformé.

Guérison et sortie le 5 mars.

Observation XVI (inédite)

Hydrocèle droite. Incision avec résection de la vaginale.

S..., âgé de 59 ans, entré le 24 février à l'hôpital Cochin, salle Gosselin, service de M. le Dr Schwartz.

Antécédents sans importance.

En 1879 le malade s'aperçut que le scrotum du côté droit augmenta de volume. Jusqu'en 1891 le volume reste le même. Ce n'est qu'à cette époque qu'il augmente très rapidement. Il présente une tumeur énorme ayant la forme d'une cornemuse envahissant tout le scrotum ; elle s'est développée autour du testiculule droit seul, elle est fluctuante, indolore et transparente.

Le 1^{er} mars : Ponction, on retire 1 litre 150 grammes de liquide, instillation au nitrate d'argent.

Le 8 mars, on constate que le liquide s'est reproduit. On pratique une deuxième ponction, et on retire 200 grammes de liquide.

Le 30 mars, M. le Dr Schwartz pratique la cure radicale :

Longue incision à la partie antérieure de la bourse, évacuation du liquide contenu. Résection d'une très grande partie de la vaginale. Suture à la soie de façon à recouvrir le testicule.

Sutures superficielles au crin de Florence.

Pansement iodoformé.

Le malade est sorti de l'hôpital guéri.

Observation XVII (1) (Résumée)

Hernie inguinale double, ancienne, compliquée à droite d'hydrocèle vaginale.

Incision et excision.

Le nommé Fidel... 38 ans, entré le 8 mars à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, service de M. le Dr Nélaton.

Porteur depuis 10 ans d'une hernie inguinale double, dont il demande instamment d'être débarrassé. Le volume des bourses est considérable, plus important à droite qu'à gauche, et l'on songe à la possibilité d'une hydrocèle vaginale droite, sans qu'on puisse affirmer le diagnostic. Opération sous chloroforme le 13 mars. La cure radicale de la hernie ne présente de particulier que la constatation d'une hydrocèle vaginale droite ne communiquant pas avec le cul-de-sac herniaire. Parois de la séreuse très épaissies. Volume d'un œuf de dinde, tumeur peu tendue. On continue l'incision de la cure radicale herniaire. Incision de la séreuse égale en longueur à celle de la peau. Liquide citrin. Pas de néo-membranes. Pas de corps étrangers. Incision complète de la vaginale.

Suture en bloc et en un seul plan de toutes les enveloppes (crins de Florence). Drainage au caoutchouc de la partie la plus déclive.

Le 31 mars au soir, hémorrhagie assez sérieuse due probablement à une hémostase incomplète. Elle s'arrête par une compression assez énergique.

Le malade sort 18 jours après l'opération, ne présentant qu'un testicule droit assez volumineux, mais indolore.

Revu le 7 juillet 1893 : Excellent résultat dont le malade se déclare enchanté. Le testicule a retrouvé son volume normal.

(1) Due à l'obligeance de M. Ravernier, interne du service.

CONCLUSIONS

I. Il n'existe pas, à proprement parler, de méthode dite cure radicale de l'hydrocèle ; nous voulons dire que le terme est impropre et devrait être abandonné pour deux raisons : la première est que la résection de la vaginale ne comporte jamais celle du feuillet viscéral ; la seconde, que la méthode sanglante (avec ou sans excision) peut être suivie de récidives aussi bien que la ponction (avec ou sans injection).

II. On doit toujours tenter la ponction chez un malade qui n'a jamais été opéré et qui présente une vaginale souple, un liquide clair et transparent.

III. L'incision antiseptique devra être considérée comme la méthode de choix dans un certain nombre de cas :

1° Lorsque le liquide s'est reproduit à plus ou moins longue échéance, après une ou deux ponctions répétées ;

2° Dans les hydrocèles à cavités multiples ;

3° Lorsque les parois de la séreuse seront épaissies, indurées comme dans les cas types à pachy vaginites ;

4° Lorsque l'épanchement se complique de la présence de corps étrangers, de petits kystes, etc.

5° Lorsque l'hydrocèle est accompagnée d'une hernie plus ou moins volumineuse ;

6° Dans les hydrocèles enkystées du cordon ;

7° Dans les hydrocèles congénitales, seulement quand tout espoir de guérison spontanée aura disparu ;

8° Dans le cas où le malade réclamera de lui-même une intervention radicale.

IV. L'hydrocèle des enfants doit être traitée d'abord par les moyens palliatifs, puis par la ponction avec injection ; l'incision n'est indiquée que dans les cas très rebelles.

Enfin nous terminons en disant qu'à condition que l'incision antiseptique soit faite par un chirurgien propre et consciencieux, la méthode à ciel ouvert aura toujours la valeur incontestable d'un procédé où l'on voit clair, capable dans les cas d'hydrocèles symptomatiques, d'aller découvrir le véritable corps du délit (syphilis, cancer, tuberculose, etc.).

Vu, le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu, le Doyen de la Faculté,
D^r BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AMBROZIO. — Cure radicale de l'hydrocèle (Rifor. med. 31 Juil. 90).
- AUGAGNEUR. — Lyon médical, 1885.
- BAILLET. — Th. doct. Paris, 1887.
- BERGMANN. — Berlin. Klin. Woch. 1885.
- BAUDOIN. — Trait. de l'hydrocèle vaginal dans les hôpitaux de Paris (Semaine méd. 1892).
- BILHAUT. — Annales d'orthopédie et de chirurgie pratique, 1892.
- FISHL. — Weber Radikal operation der Hydrokele unter Cocaïnanes-
thesie (Med. chir. Centralblatt. Wien, 1891.)
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathol. externe.
- GOSSELIN. — Clinique chirurg. de la Charité.
- GALOU. — Th. doct. Montpellier, 1891.
- HEYDENREICH. — Semaine médicale, 1885.
- JULLIARD. — Revue de chirurgie, 1884. Trait. de l'hydrocèle par
l'incision antiseptique.
- MASSELOUX. — Th. doct. Paris, 1871.
- NIMIER. — Semaine médic. (leçon Reclus), 1887.
- NICAISE. — Revue de chirurg., 1886.
- OZENNE. — Trait. des vaginalites (Gaz. hôp. 1885).
- RECLUS. — Leçons de clinique chirurg.
— La récurrence dans la cure radicale de l'hydrocèle (mer-
credi méd. 1890).
- ROUTIER. — Revue de chirurgie, 1887.
- SOUTHAM. — The radical cure of hydrocèle by excision (Lancet
fond. 1891 T. II).
- SCARENZIO. — Sul modo di rendere ancora piu semplice ed innocente
la cura radicale dell' idrocele (Milan, 1889, broch.
8 pages).
- VOLKMAN. — Berlin, Klin. Woch. 1876.
- WENDLING. — Th. doct. Nancy, 1886.

